UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 108

DES

ANGIOMES PROFONDS

COMMUNIQUANT

AVEC LA JUGULAIRE INTERNE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 25 Juillet 1911

PAR

Jules COT

Né à Camarès (Aveyron), le 25 février 1886

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse	FORGUE, Professeur, *Président.*	
	ESTOR, Professeur	
	RICHE, Agrégé	*Assesseurs.*
	MASSABUAU, Agrégé	

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

MONTANE, SICARDI ET VALENTIN, SUCCESSEURS

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1911

DES

ANGIOMES PROFONDS

COMMUNIQUANT

AVEC LA JUGULAIRE INTERNE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 108

DES

ANGIOMES PROFONDS

COMMUNIQUANT

AVEC LA JUGULAIRE INTERNE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 25 Juillet 1911

ACAD. LUGD.BAT. BIBL.

PAR

Jules COT

Né à Camarès (Aveyron), le 25 février 1886

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse — FORGUE, Professeur, *Président.* ESTOR, Professeur, RICHE, Agrégé, MASSABUAU, Agrégé — *Assesseurs.*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
MONTANE, SICARDI ET VALENTIN, SUCCESSEURS
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1911

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✻). . . . . DOYEN
SARDA. . . . . ASSESSEUR
IZARD . . . . . SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✻) Chargé de l'enseign[t] de pathol. et thérap. génér
Clinique chirurgicale	TÉDENAT (✻).
Thérapeutique et matière médicale. . . .	HAMELIN (✻)
Cliniquemédicale.	CARRIEU.
Clinique des maladiesmentales et nerv.	MAIRET (✻).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✻).
Clinique ophtalmologique.	TRUC (✻).
Chimie médicale.	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS (✻).
Clinique chirurgicale infantile et orthop.	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène.	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales . .	RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale.	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET
Doyen honoraire : M. VIALLETON
Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	VIRES, agr. libre
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib.
Clinique gynécologique.	DE ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements..	PUECH, Prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agr. libr.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, Prof. adj.
Médecine opératoire.	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. LAGRIFFOUL.	MM. DERRIEN
VEDEL	GAUSSEL	MASSABUAU.
SOUBEYRAN	RICHE	EUZIÈRE.
GRYNFELTT Ed.	CABANNES	LECERCLE.
LEENHARDT	DELMAS (Paul)-	FLEIG chargé des fonc

Examinateurs de la Thèse

MM. FORGUE, *président.* RICHE, *agrégé.*
ESTOR, *professeur.* MASSABUAU, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

J. COT.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ESTOR

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RICHE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MASSABUAU

J. COT.

AVANT-PROPOS

Le système des vaisseaux qui transmet le sang des artères aux veines est parfois le siège d'un processus localisé de dilatation et de néoformation. Ces amas de capillaires flexueux, ectasiés et en voie de prolifération, ont été décrits sous plusieurs noms, suivant la classe dans laquelle ils ont été rangés par les différents auteurs.

Jusqu'à Virchow, leur nature intime était mal connue, et c'est ce dernier qui, en 1876, dans une leçon magistrale, condensa tout ce que l'on savait sur ces productions accidentelles, et les dénomma « angiome ». Il les classait ainsi parmi les tumeurs, se basant sur leurs caractères cliniques : isolement relatif au sein des tissus, persistance ou même accroissement. Teissier, Quénu, Delbet, laissant de côté ces considérations cliniques et se plaçant strictement sur le terrain anatomo-pathologique, ont renversé cette manière de voir, et dans les traités les plus récents, les angiomes ne sont plus regardés comme des néoplasies vraies. Leur étude en est faite dans un chapitre annexé à celui des tumeurs, où ils sont décrits sous le nom de pseudo-plasmes ou de para-plasmes.

Nous conserverons cependant la dénomination de Virchow comme de beaucoup la plus commode parce que de beaucoup la plus usitée.

Pour nous comme pour Mauclaire, les angiomes sont des « productions accidentelles, primitives, constituées par la dilatation et la multiplicité des vaisseaux qui transmettent le sang des artères aux veines ». Et, par cette définition, nous éliminons et les néoplasies des vaisseaux qui, pour Tripier n'existent d'ailleurs pas, et toutes les dilatations vasculaires, tous les états angiectasiques où l'hyperplasie n'est que la conséquence de l'ectasie, tels les varices...

Les angiomes superficiels connus de tout temps, comme en témoigne une synonymie des plus riches, contrastent singulièrement avec les angiomes profonds ; tandis que ceux-ci, bien que pouvant siéger dans la plupart des tissus, se localisent au niveau de la tête et surtout du cou, ceux-là ont dans leur siège une variété et un imprévu déconcertants, tandis que ces derniers sont d'une fréquence inouie, (environ un tiers des nouveau-nés sont les heureux (?) possesseurs de grains de beauté vasculaires ou de nœvis), les autres sont de beaucoup plus rares.

Avant l'ère listérienne, les cas connus d'angiomes profonds étaient des trouvailles d'autopsie. Mais depuis, la plupart des publications chirurgicales soit modernes, soit contemporaines, en ont relaté, soit que l'opérateur ait intervenu pour parer à des désordres dont il avait diagnostiqué la vraie cause, soit que le plus souvent son bistouri l'ait conduit sur un angiome profond totalement insoupçonné.

C'est ainsi que M. le professeur Forgue eut la bonne fortune de rencontrer un cas d'angiome profond du cou, présentant de plus la particularité si intéressante et si rare de communiquer par un riche réseau caverneux avec la jugulaire interne. Il a eu l'excessive amabilité de nous enga-

ger à en profiter pour grouper tout ce qui avait paru et en faire notre sujet de thèse.

Nous l'en remercions infiniment, et nous regrettons que la pénurie des travaux publiés ne nous ait pas permis de présenter un travail plus complet.

DES

ANGIOMES PROFONDS

COMMUNIQUANT

AVEC LA JUGULAIRE INTERNE

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Virchow, dans sa vingt-cinquième leçon, avait recueilli tout ce que l'on avait publié au sujet des angiomes profonds, et il signale plusieurs observations : celle d'Andral (1829), celle de Dolbeau (1853), de Macilwain (1853), de Roux (1854), de Gascoyen (1860), de Luigi Monti (1873), et publie en outre quelques cas personnels.

Seulement, dans toutes ces observations, on omet de spécifier à laquelle des deux jugulaires l'angiome ou « rate accidentelle » comme l'avaient appelé quelques-uns, était intimement rattaché. Or, tout angiome caverneux de la région latérale du cou est en communication plus ou moins

directe avec la jugulaire externe si son siège est sur la face externe du sterno-cléido-mastoïdien, avec la jugulaire interne s'il siège plus profondément.

Hueter fut le premier qui, en 1877, publia dans le Berliner Klin. Voch. l'observation d'angiome communiquant avec la jugulaire interne suivie de l'extirpation après ligature et résection de la veine. .

En 1882, nous trouvons une observation de Desprès où l'autopsie montra un angiome communiquant avec la jugulaire interne. Ce cas fit l'objet d'une discussion à la Société de Chirurgie, au cours de laquelle Farabœuf et Reclus tentèrent de préciser la symptomatologie des angiomes profonds du cou.

Farabœuf et Castex publient en 1884 l'observation d'un angiome communiquant par cinq orifices de 3 mm. avec la jugulaire interne, trouvaille d'autopsie sur un cadavre de l'Ecole pratique.

En 1885, Glück pratiqua l'extirpation d'un angiome communiquant avec la jugulaire interne et réséqua cette dernière.

En 1904, Nové-Josserand et Vincent, à une séance de la Société de Chirurgie de Lyon, rapportent chacun un cas d'angiome communiquant avec la jugulaire interne.

Dans la thèse de Dupire (Lille, 1907), on cite une observation du docteur Potel où la tumeur était en communication avec la jugulaire interne par de rares veinules et non par le réseau caverneux à riches anastomoses décrit habituellement.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

Observation Première

(Personnelle)

Due à l'obligeance de M. le professeur Forgue

D. E..., 19 ans, entre le 12 mai 1911 salle Delpech, numéro 10, pour une tumeur siégeant dans la région sous et rétro-maxillaire et dont le début remonte à deux ans.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — N'a jamais été malade ; mais n'a jamais non plus joui d'une santé robuste. C'est un jeune homme plutôt grand, maigre, à thorax étroit, peu musclé et le teint trop pâle.

Il y a environ deux ans, le malade constate près de l'angle droit de la mâchoire, l'apparition d'une tumeur peu volumineuse, et qui a grossi progressivement depuis. Cette tumeur demi-molle, dépressible, ne s'est accompagnée d'aucun symptôme fonctionnel soit douleur, soit gêne de la mastication, de la phonation, de la respiration, ni de troubles dans la circulation de l'encéphale.

Etat actuel. — On constate au niveau de la région sous-

maxillaire et rétro-maxillaire droite, une tumeur régulière et arrondie ; son bord supérieur correspond à peu près au bord inférieur du maxillaire ; son bord inférieur, concave en haut, descend dans sa partie la plus déclive jusqu'à une ligne passant par la partie supérieure du cartilage thyroïde ; son bord postérieur atteint le sterno-mastoïdien. La peau est normale, ne présente ni coloration spéciale, ni distension marquée, ni vascularisation anormale. Les régions environnantes sont intactes, du moins à l'inspection.

La palpation dénote une consistance tout à fait spéciale ; la tumeur donne très nettement l'impression que donnerait une poche à demi-remplie par du liquide, mais ne renfermant que du liquide ; elle se laisse déprimer avec la plus grande facilité, bien plus, on peut la refouler sans aucune peine sur la face externe de la branche montante du maxillaire inférieur ; on la repousse de même soit en bas, soit en avant ou en arrière. Mais ce déplacement est toujours incomplet : on dirait qu'elle est fixée par des attaches lâches dans la région de l'angle de la mâchoire. Ses limites sont celles que fournit l'inspection.

On ne sent pas de battements ; il n'y a point d'expansion de la poche sous les doigts, l'auscultation est négative.

L'examen de la bouche ne décèle rien d'anormal : pas de saillie du plancher buccal, pas de malformation.

A la percussion, la tumeur est mate. Il n'y a aucun ganglion perceptible au palper.

L'examen des divers appareils ne permet de déceler qu'une très légère diminution du murmure vésiculaire au niveau du sommet droit.

On porte le diagnostic de kyste congénital de la région branchiale, et on pratique l'intervention le 20 mai.

L'extirpation est conduite par une longue incision longeant le bord antérieur du sterno-cléido mastoïdien, depuis le niveau du lobule de l'oreille jusqu'au dessous du bord supérieur du cartilage thyroïde. La dissection des plans superficiels est rapidement menée, et toute la région sus-hyoïdienne droite est découverte. C'est à ce moment qu'on s'aperçoit que sur certains points la tumeur présente des bosselures bleuâtres ; et quand on veut disséquer, à coup de ciseaux, le bord postérieur de la tumeur, le long de la face interne du sterno-cléido-mastoïdien, on ouvre la tumeur et l'on voit s'écouler un flot de sang noirâtre. En arrière, en effet, le contour de la masse n'est pas nettement décollable, et l'on rencontre de larges vaisseaux de communication que l'on forcipresse successivement. Plus on avance, plus cette hémorragie veineuse de sang noirâtre devient abondante ; on ouvre un véritable système caverneux, dont l'hémostase par les pinces, malgré le grand nombre de pinces placées, reste incomplète.

A ce moment, la dissection est assez avancée pour qu'on puisse se rendre compte, en épongeant attentivement, que la masse est en communication large par des branches veineuses ayant subi un développement caverneux, avec la veine jugulaire interne, qui a été découverte au-dessus et au-dessous sur une longueur de 8 cent. C'est alors que devant l'impossibilité d'arrêter avec netteté cette hémorragie, qui provient de ces anastomoses énormes, M. Forgue se décide à comprendre entre deux pinces un segment de la jugulaire interne long de 6 cm. environ, en amont et en aval de ces larges rameaux communicants, et à l'exciser.

Dès lors, la dissection de la masse devient très facile ;

elle se poursuit avec netteté en toute la profondeur de la région sus-hyoïdienne. En avant, la tumeur est en corrélation tellement intime avec la glande sous-maxillaire, qu'un morceau de la glande est excisée avec la masse.

Les suites opératoires furent excellentes. Un drain, mis par excès de précaution, fut enlevé le quatrième jour, et les fils, suivant l'habitude, le dixième jour. Le malade sortit guérit le 5 juin, soit 15 jours après l'opération.

Aspect macroscopique. — La tumeur ainsi enlevée est vide et aplatie, ressemblant à une éponge pressée. Elle n'a aucune forme descriptible, car le manque de capsule fibreuse, rendant la dissection très difficile, et l'apposition de nombreuses pinces à forcipressure, ont déchiqueté les parois. On reconnaît cependant très nettement la structure aréolaire de l'angiome caverneux. Les espaces sanguins sont séparés les uns des autres par des intervalles remplis de tissu conjonctif, et les lacunes ou cavernes sont de dimensions très diverses depuis celle d'une tête d'épingle jusqu'à celle d'une cerise, et comme dans le cas observé par Glück, on trouve des grains blanchâtres qui s'énucléent d'eux-mêmes très facilement, et qui comblent quelques-unes des aréoles de petite dimension. De plus, le développement énorme des veines qui relient la tumeur soit à la jugulaire interne, soit au tronc thyro-linguo-facial contraste énormément avec le volume des artères si réduit que l'on n'arrive pas à les distinguer.

Examen histologique. — La tumeur est constituée dans ses parties essentielles par de grosses lacunes à contour irrégulier et remplies de sang. Ces lacunes sont très serrées les unes contre les autres, et le tissu conjonctif qui les sépare est en certains points très réduit ; en d'autres points, les cavités sanguines sont moins volumineuses, plus espacées et présentent la structure générale des vais-

seaux sanguins. La paroi de ces cavités vasculaires présente des lésions caractéristiques : elle est, en tous points, épaissie par une prolifération de tissu conjonctif très dense. Dans quelques-unes de ces lacunes, l'endothélium de revêtement est détruit, la prolifération conjonctive fait saillie d'une façon irrégulière dans la cavité vasculaire, déterminant la formation de véritables végétations polypiformes. Dans d'autres lacunes, la prolifération conjonctive envahit le caillot sanguin, qui siège dans la cavité et celui-ci présente bientôt un processus d'organisation conjonctive progressive. Lorsque cette organisation est terminée, la cavité vasculaire est remplie par une masse fibreuse, formée de plusieurs couches concentriques, et la lumière a complètement disparu. Ces masses fibreuses, qui moulent ainsi les cavités vasculaires, ont une tendance à s'énucléer. Ce sont elles qui formaient les grains durs qui faisaient saillie à la surface de coupe de la tumeur. Ces grains fibreux s'énucléent si facilement que nous avons pu en couper un isolément pour mieux étudier sa structure. Cette oblitération conjonctive partielle des lacunes vasculaires est très fréquente dans toutes les préparations de la tumeur.

Le tissu conjonctif qui sépare les cavités vasculaires est riche en cellules, et présente des proliférations inflammatoires indubitables. En quelques points, cette richesse en cellules fusiformes est telle que l'on croirait avoir sous les yeux une coupe de sarcome fuso-cellulaire.

Enfin, il y a des points où ces cellules conjonctives embryonnaires sont infiltrées par du pigment mélanique, et l'on croirait avoir sous les yeux des plages de sarcome mélanique.

En résumé, la tumeur est un angiome de la région maxillaire du type caverneux. Il est remarquable par une lésion que l'on n'a pas coutume d'observer à un si haut degré, et qui est constituée par l'oblitération conjonctive d'un grand nombre de cavités vasculaires. Au point de vue clinique, il est surtout remarquable par le réseau caverneux de larges communications qui s'est établi entre cet angiome veineux et la jugulaire interne.

Observation II

Angiome caverneuse communiquant avec la jugulaire interne. Résection de la veine. Guérison. Nové-Josserand (Lyon Médical, 1901).

J. V..., 8 ans, présente dans la région carotidienne gauche une tumeur comme un gros œuf de poule. A l'âge de trois mois, elle avait présenté à ce niveau un petit gonflement qui mit environ huit jours à disparaître. A plusieurs reprises, le même fait se reproduisit, mais il y a quatre mois environ, la tumeur ayant fait une nouvelle apparition, loin de rétrocéder selon sa coutume, progressa régulièrement jusqu'à atteindre le volume actuel. Elle est ovoïde, avec un pédicule, ou mieux une petite extrémité, dirigée en haut et en arrière, sans connexion avec le plancher buccal, la parotide, le larynx et la peau.

La palpation n'est pas douloureuse ; le malade n'éprouve ni gêne, ni douleur, et ne présente pas de fièvre. A l'opération, Nové-Josserand trouve un kyste à contenu séro-sanguinolent, présentant avec la jugulaire interne de telles relations qu'on ne peut l'enlever qu'en réséquant la jugulaire sur une longueur de trois centimètres. Les suites opératoires furent excellentes, et la malade, qui sortit complètement guérie quinze jours après, ne présenta

qu'une légère cyanose de la face durant les 24 heures qui suivirent l'opération.

Malheureusement, les débris de la poche étaient si amincis et si dilacérés que Nové-Josserand n'en fit pas faire l'examen histologique. Il pense que c'était un angiome caverneux en relation avec la jugulaire interne, et que l'indication opératoire est formelle dans tous les cas où le processus ne paraît pas trop avancé.

Observation III

Vincent (Lyon Médical, 1904)

(Résumée)

Vincent intervient chez une fillette pour une tumeur du cou, qui avait acquis un développement égal à celui de la tête, et qui avait refoulé celle-ci vers l'épaule opposée. Cette tumeur était adhérente aux parties molles sur une assez large surface et semblait également fixée sur les plans profonds. Pressentant des difficultés opératoires, il pria son collègue Levrat de l'assister. « La peau incisée, on put décortiquer la tumeur sans ouvrir plusieurs kystes remplis d'un liquide hémato-sirupeux. Pourtant, peu à peu, la masse fut mobilisée, et nous allions en exciser le pédicule, après avoir dénudé la veine jugulaire interne, quand une traction intempestive déchira la veine. Une hémorragie énorme se produisit avant que nous ayons pu comprimer, puis lier les vaisseaux au-dessus de la déchirure. L'intervention fut rapidement terminée, mais l'enfant ne put résister à cette perte de sang. Elle succombait le lendemain. » L'examen histologique établit que la tumeur était un angiome caverneux.

Observation IV

Desprès. Bull. Soc. de Chirur., 3 mai 1882.

Garçon de 15 ans et demi. La tumeur existait depuis plusieurs années, sans qu'on pût en préciser le début. Elle était molle et fluctuante, non réductible et sans la moindre augmentation pendant les efforts. Tous les diagnostics avaient été posés : lipome, tumeur emphysémateuse, pneumatocèle, etc. Je diagnostiquai un kyste ganglionnaire, après avoir rejeté le diagnostic de tumeur érectile veineuse, parce qu'il n'y avait aucune espèce de réductibilité. Je pratiquai une petite incision sur cette tumeur, comme premier temps de l'ablation. Je trouvai sous la peau une tumeur bleuâtre.

Je fis alors une piqûre, et il sortit du sang noir. Renonçant alors à une ablation, je fis deux points de suture à la peau. Tout alla bien d'abord. L'enfant, qui se levait, prit froid dans le jardin et succomba à une phlébite de la jugulaire.

La tumeur était un ganglion transformé en angiome et ne tenait à la veine jugulaire interne que par une veinule de petite dimension, et longue de 1 cent.

Observation V

Farabœuf et Castex. Tumeur érectile du cou trouvée par M. Farabœuf sur un cadavre de l'Ecole pratique, 1884.

L'angiome, très volumineux, avait envahi tout le côté gauche du cou et s'étendait de l'oreille et du menton jus-

qu'à la clavicule. « Il paraît être une annexe de la jugulaire interne, qui présente en un point cinq orifices irréguliers, mesurant en moyenne de 3 à 4 mm. de diamètre. Les vaisseaux, sans valvules, s'ouvrent directement dans des vacuoles du volume d'un gros foie. Au-delà de ces vacuoles, il en existe d'autres qui deviennent de moins en moins grandes vers la périphérie. »

Observation VI

Reclus. Clinique et critique chirurgicales, 1904.

Garçon, 19 ans petit, mais solide, et dont les antécédents pathologiques sont nuls ; il a toujours été bien portant, et s'il entre à l'hôpital, c'est qu'il s'effraye du développement continu que prend une tumeur de la région parotidienne.

Il avait un ou deux ans, nous dit-il, lorsque ses parents aperçurent une petite grosseur qui pointait au-dessous de son oreille gauche, et qui gonflait pendant les cris ; mais, comme elle n'était le siège d'aucune douleur, on ne s'en préoccupa que médiocrement. L'enfance se passa, puis notre garçon vint à Paris, et comme la déformation s'accentuait, il se présenta à l'Hôtel-Dieu, où nous l'avons examiné.

On constate, au niveau de la région parotidienne gauche, une tuméfaction dont les limites ne sont pas fixes ; lors de la plus grande tension, lorsque le malade se mouche, se baisse, fait un effort, elle bombe et atteint en haut la conque de l'oreille et l'apophyse zygomatique, en avant le bord antérieur du muscle masséter, en arrière le sterno-

mastoïdien, et en bas le bord supérieur du cartilage thyroïde.

La peau est normale, légèrement amincie cependant ; on ne voit pas se dessiner à sa surface de veines apparentes. La tumeur, qui donne au toucher la sensation d'un ballon dégonflé, est absolument réductible ; elle fuit sous le doigt, et pendant les quelques secondes qu'elle met à se vider, le malade perçoit dans l'oreille correspondante un sifflement doux et continu. La percussion révèle une certaine sonorité en arrière vers la partie la plus déclive. Sa consistance, son aspect extérieur, sa facile réductibilité, son siège dans la région de la première fente branchiale, l'obscure sonorité (due sans doute au pharynx), firent poser le diagnostic de pneumotocèle. Mais l'apparition et la disparition presque instantanées firent penser à Reclus que ce devait être un angiome communiquant avec les grosses veines cervicales. C'était en effet un angiome communiquant avec la jugulaire interne.

Observation VII

Dr Potel. Thèse Dupire, Lille, 1907.

« Je puis maintenant disséquer la tumeur et la séparer de la jugulaire sur une longueur d'au moins sept centimètres. *Quelques veinules sont sectionnées et liées.* Les adhérences devenant plus résistantes, et craignant qu'une traction ne déchire la jugulaire à ce niveau, je place sur le pédicule, en ayant soin de ne pas intéresser la veine, une pince de Kocher, que je remplace par une ligature. La poche est ensuite extirpée. »

Observation VIII

Glück. Berl. Klin. Woch., 28 déc. 1885
(Résumée)

Jeune fille de 16 ans, qui remarqua, vers l'âge de 6 ans, une tumeur érectile qui présentait des variations de volume, suivant qu'elle tenait la tête droite ou inclinée.

Gluck en fit l'extirpation après ligature de la veine jugulaire interne et de ses branches. Le sang était absolument fluide et s'échappa en jet. Les particularités remarquables de ce cas sont : la difficulté énorme de l'opération, qui a duré plus de trois heures, et a été pratiquée selon la méthode de Wollf. (Découvrir le kyste, le vider de son contenu par excision d'une partie de la paroi ; puis un aide saisit la tumeur avec les 5 doigts et l'opérateur passe des fils de catgut superposés de façon à étreindre la tumeur par segments successifs, la tumeur était un kyste du conduit branchial, à la surface interne duquel se trouvaient des villosités verruqueuses, constituées par des caillots en voie d'organisation, et qui communiquait par un large canal avec la jugulaire interne.
jugulaire interne.

CHAPITRE III

ETIOLOGIE — PATHOGENIE

Les angiomes communiquant avec la jugulaire interne ont la même étiologie que tous les autres angiomes ; ils sont congénitaux. Ce n'est pas à dire que la tumeur existe toujours volumineuse dès la naissance ; mais, dès ce moment, ou à une époque plus ou moins rapprochée, on constate l'apparition d'une petite grosseur. Exceptionnellement, l'angiome peut rester latent pendant toute la croissance et ne se révéler qu'assez tard, et tel est le cas de notre observation, où le sujet ne s'aperçut que vers l'âge de 17 ans de l'existence d'une tumeur, qui grossit ensuite progressivement. Tantôt l'accroissement qui rend la tumeur perceptible se fait de bonne heure, comme pour le cas des deux fillettes opérées par Nové-Josserand et Vincent ; tantôt le développement est plus tardif, et c'est surtout entre 15 et 20 ans que la marche de la tumeur prend une allure progressive.

Tandis que certains auteurs ont noté une prédominance chez le sexe masculin des angiomes profonds communiquants ou non, les observations que nous citons nous donnent un pourcentage de 50 pour 100 pour l'un et l'autre

sexe. Il nous semble cependant que parmi les facteurs mal connus qui ont un rôle dans l'accroissement de ces tumeurs, l'effort, par les modifications incessantes et les augmentations brusques de tension qu'il détermine dans la circulation de la région cervicale, doit avoir une place importante. Donc, nous ne serions pas étonnés si les observations nouvelles confirmaient la prédominance chez le sexe masculin.

La grossesse, qui a une action nette sur quelques nœvis vasculaires, n'a jamais été observée dans les cas que nous avons pu retrouver.

Ni les traumatismes utérins, ni l'hérédité, ni les états pathologiques ne sont signalés, et les huit sujets dont nous rapportons l'histoire étaient doués d'une bonne santé et étaient exempts de tares. On ne trouve notée que la coexistence d'autres angiomes, taches vasculaires ou nœvis superficiels.

Le siège de ces angiomes est sur la partie latérale du cou, et le plus souvent du côté gauche, semble-t-il. C'est surtout la région de la jugulaire interne, comprise entre l'angle du maxillaire inférieur et l'os hyoïde, qui paraît être le plus souvent atteinte.

Comme nous l'avons déjà fait remarquer du seul fait qu'ils font partie du territoire de la jugulaire interne, ils sont situés profondément et rattachés le plus souvent au paquet vasculo-nerveux par de solides adhérences. Cependant, leur évolution d'angiomes caverneux peut les amener à envahir ou à refouler les tissus voisins, et le cas de Vincent, où l'angiome avait atteint un volume égal à celui de la tête, est des plus typiques ; l'angiome était non seulement sous-cutané, mais adhérent à tous les tissus et anastomosé avec la jugulaire jusque vers le trou déchiré.

Virchow, frappé de ce que tous les angiomes profonds du cou en occupaient la région latérale, essaya de rattacher ce phénomène à des causes embryologiques. Faisant défendre le développement des vaisseaux de l'évolution des fentes branchiales, il enseigna que « toute irritation pouvait suffire à déterminer sur le bord et sur le pourtour de ces fentes, qui sont très richement vascularisées, un développement vasculaire plus fort, qui peut apparaître sous la forme d'un nœvus, mais qui peut aussi rester latent, pour ne devenir apparent que plus tard. Et mentionnant spécialement les angiomes qui nous occupent, il ajoutait : « Maints angiomes profonds du cou, qui ne gagnent pas du tout la surface, ne sont autres que des angiomes fissuraux. »

Depuis, cette théorie branchiogène avait fait foi. Mais, en 1907, les travaux de Vialleton et ceux de Tourneux vinrent la démolir en démontrant que l'appareil branchial, de par son peu de développement et sa prompte et totale disparition n'a pas, chez l'homme, dans la formation des parties latérales et ventrale du cou, le rôle qu'on lui attribuait. Un embryon de 15 mm. ne possède plus aucun reste d'arcs branchiaux, qui sont déjà disloqués et privés de toute individualité. Jusqu'ici, aucun nouveau travail n'est venu infirmer les faits observés par ces deux histologistes, dont tout le monde connaît la scrupuleuse probité scientifique.

Il faudra donc chercher une autre explication, car dire que ces angiomes se développent aux dépens des *vasa-vasorum* de la jugulaire interne, ne dit point sous quelle influence ils prennent naissance.

En résumé, l'angiome communiquant est lui aussi congénital et se développe dans les vasa-vasorum de la jugulaire,

mais on ne sait pas sous quelles influences locales, irritatives ou circulatoires, chez des sujets ne présentant point d'autres malformations congénitales, et jouissant, dans les observations que nous avons recueillies, d'une bonne santé.

CHAPITRE IV

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Ces tumeurs ont un volume qui varie du volume d'une noix à celui d'une mandarine, et même davantage, tout un côté du cou pouvant être envahi.

Examinées en place, sur le vivant ou sur le cadavre, ou bien extirpées, ces tumeurs revêtent deux aspects, suivant qu'elles sont ou non pourvues d'une capsule fibreuse.

Dans le premier cas, la tumeur est généralement peu volumineuse, de forme assez régulière. La capsule est en connexion plus ou moins intime avec le tissu interstitiel de la région où s'est développé l'angiome ; sa face interne envoie des trabécules et des cloisons qui entourent ou traversent les lacunes intérieures remplies de sang.

Quand la tumeur n'est pas encapsulée, sa forme est irrégulière, son volume souvent considérable, les espaces sanguins, séparés les uns des autres par des intervalles de plus en plus grands, gagnent le tissu ambiant ; leur extension en surface est toujours plus marquée qu'on ne le supposerait de prime abord, et il est difficile d'établir des limites.

A la coupe, on a absolument l'aspect d'une éponge, avec

des lacunes ou cavernes de dimensions très diverses. Leur paroi est le plus souvent lisse. Cependant, dans le cas de Glück, elle était tapissée de petites végétations verruqueuses. Les veines sont d'un calibre large et en grand nombre, ce qui contraste avec l'exiguïté et la rareté des artères. Aussi Farabœuf cite le cas où une injection poussée par les artères ne pénétrait pas dans la tumeur.

Au point de vue histologique, les alvéoles sont tapissées d'un endothélium pavimenteux, mais au niveau des grandes lacunes les cellules endothéliales peuvent manquer par places. Le sang qui remplit ces cavités contient moins de leucocytes qu'à l'état normal. Les trabécules sont formés de fibres conjonctives mêlées de fibres élastiques. Autour de ces cavernes, on peut encore trouver des fibres musculaires lisses, qui, au même titre que les valvules, indiquent une origine veineuse.

Virchow avait avancé que la capsule était une production secondaire qui manque dans les tumeurs jeunes et n'apparaît qu'à une époque assez avancée. D'ailleurs, elle n'enclave pas complètement la tumeur, et au niveau des points où la néoformation est active, on n'en trouve pas trace.

Nous ne nous étendrons pas sur la forme, l'aspect, la consistance et l'aspect bleuâtre de ces angiomes, qui ne diffèrent en rien des angiomes profonds du cou.

Nous n'insisterons que sur les relations avec la jugulaire interne. La connexion peut se faire par une anastomose à plein canal, comme dans le cas de Reclus ; dans notre observation, les relations s'établissaient par de multiples anastomoses. Castex a pu disséquer un de ces angiomes et compter sur la paroi de la jugulaire cinq orifices mesurant en moyenne de 3 à 4 millimètres.

Aussi, grâce à ces larges relations, lorsqu'on vient à

comprimer une de ces tumeurs, elle s'affaisse sous le doigt et s'évanouit à la moindre pression ; la voie d'écoulement est assez large pour que, en quelques secondes, le sang soit chassé dans la jugulaire.

On n'a d'ailleurs signalé aucune modification dans le régime circulatoire.

On conçoit qu'au cours de son évolution, l'angiome puisse entrer en connexion avec tous les organes de la région, depuis les muscles (cas de Dolbeau), jusqu'au sympathique, mais surtout avec la glande sous-maxillaire (obs. Forgue et obs. Kirmisson).

En résumé, les angiomes profonds du cou ont tous le type caverneux, avec ses diverses modalités histologiques, et les tumeurs communiquant avec la jugulaire interne ne présentent de particulier que ce seul caractère ; malheureusement, il ne nous a pas semblé possible, d'après les documents que nous avons trouvés, d'établir l'origine de ces communications.

Sont-elles primitives et l'angiome est-il vraiment phlébogène, c'est-à-dire développé, comme le veut Virchow, aux dépens des vasa-venarum de la jugulaire ? Sont-elles secondaires et résultent-elles de l'envahissement par le processus caverneux ? Nous nous rallions pour notre part à la première de ces opinions, en faisant remarquer que seule de tout le paquet vasculo-nerveux la jugulaire était intéressée.

Aucune observation, sauf la nôtre, n'étant accompagnée d'examen histologique, même sommaire, nous nous bornerons à signaler la possibilité de dégénérescences kystiques ou de transformations vraiment néoplasiques. Sur nos coupes, on voyait non seulement des plages de pigment mélanique, probablement d'origine sanguine, mais des points où se faisait une transformation cancéreuse très nette.

CHAPITRE V

CLINIQUE — SYMPTOMATOLOGIE

Les angiomes communiquant avec la veine jugulaire interne sont des tumeurs du cou.

En raison de leur origine congénitale et de l'obscurité de leur pathogénie on ne peut fixer le début à une période plus ou moins avancée de la vie intra-utérine. A la naissance, on ne signale aucun cas de tumeur de la région sous-maxillaire. C'est seulement à trois mois que l'angiome avait atteint un développement assez considérable pour attirer l'attention, et cela d'une façon progressive. Dans les autres cas, l'évolution s'est faite beaucoup plus lentement et le début précis ne peut être le plus souvent fixé par le sujet.

A la période d'état, la tumeur nous offre des symptômes fonctionnels tardifs, peu accentués, dont nous nous occuperons brièvement pour laisser la plus grande place aux signes physiques.

Les troubles fonctionnels sont si peu importants, sauf dans le cas de Vincent, où l'angiome avait pris un tel développement que la tête du malade se trouvait rejetée sur l'épaule opposée, que dans aucune observation nous n'en trouvons signalés. L'indolence de ces tumeurs est

constante et la seule observation d'angiome douloureux, non communiquant d'ailleurs, relatée par Israël, s'explique par le siège prévertébral de la tumeur qui obstruait le trou déchiré postérieur et comprimait le sympathique.

Le cas de Kirmisson, où dans le moment d'expansion il se produisait une gêne dans la phonation, un peu de dyspnée et de la toux, est encore à citer ; évidemment, l'augmentation progressive possible d'un angiome communiquant pourrait les produire, mais jusqu'ici aucun, à notre connaissance, ne provoqua de troubles fonctionnels de la circulation, ni de la mastication, ni de la phonation, ni de phénomènes douloureux dus à la compression de quelque tronc nerveux. C'est par la difformité qu'elle occasionne, que la tumeur incommode son porteur et le pousse à consulter le médecin. C'est le cas du malade de l'observation première, de M. le professeur Forgue, c'est le cas de la malade de Glück, qui voulait se marier, et c'est ce motif qui poussa le malade de Reclus à se faire examiner.

Il s'agit, en général, d'un sujet bien portant ; l'interrogatoire ne révèle rien de particulier dans ses antécédents et l'attention est immédiatement portée sur la déformation du cou. Là, sur le trajet des gros vaisseaux, de préférence à la partie supérieure, aux confins de la région parotidienne, et empiétant parfois sur celle-ci ou bien plongeant davantage en arrière sous la mastoïde, rarement dans la région sous-maxillaire, l'inspection révèle l'existence d'une tuméfaction dont les limites ne sont pas nettes. Le sterno-cléido-mastoïdien la recouvre en partie.

L'aspect en général de la peau qui recouvre la tumeur ne présente rien de particulier, et aucun observateur ne nota, ni la présence d'un nœvus vasculaire, d'une coloration pouvant faire penser à un développement anormal de vaisseaux sanguins. Dans le cas de Reclus, on pensa à

regarder la coloration des muqueuses voisines, et c'est ainsi qul l'on nota une coloration bleuâtre du voile du palais et du pilier antérieur correspondant.

La tumeur est en général unique.

La forme en est variable, suivant que l'angiome est circonscrit et comme encapsulé, ou diffus ; l'on a soit l'impression que donne un ganglion, soit celle d'une poche molle et flasque, à demi remplie de liquide.

Le volume est variable : il augmente au fur et à mesure du processus d'envahissement. La formation de loges kystiques par la transformation caverneuse et la distension de ces poches par le courant sanguin, peuvent arriver à produire des tumeurs considérables, tel le cas de Vincent ou de Reclus. Chaque tumeur, du reste, a un volume variable, suivant que la tension dans la jugulaire interne augmente, ou bien qu'une pression exercée sur la tumeur en chasse le sang. Si l'érectilité n'est notée que dans le cas de Reclus et celui de Glück, c'est que, dans la plupart des autres observations, on n'a pas pensé au diagnostic d'angiome et on ne l'a pas recherchée. Toutefois, dans les angiomes profonds communiquants et de petite dimension, l'érectilité n'est pas suffisante pour frapper le porteur, et passe inaperçue du chirurgien, le malade ne se livrant à aucun effort pendant l'examen. Il n'est pas admissible, en effet, que dans les angiomes caverneux reliés à la jugulaire interne par un réseau veineux considérable, comme celui de l'obs. I de Monsieur le professeur Forgue, l'érectilité n'existe pas.

Quoi qu'il en soit, il n'en reste pas moins que, dans la majorité des observations, on ne signale ni dilatation passive, ni érection ; l'absence de ces signes devait fatalement égarer le clinicien.

La consistance de ces tumeurs est nettement molle et

dépressible ; toutes les observations sont unanimes à dire que le doigt s'y enfonce et, par contre, la sensation classique de paquet de vers, de pelotons de ficelle, n'est jamais notée.

La *mobilité* n'est jamais complète et le plus souvent l'angiome adhérent aux tissus voisins n'est mobile que par rapport à la peau.

Il est possible de modifier le volume de la tumeur par une compression méthodique exercée sur les gros vaisseaux.

Il n'existe ni souffle, ni battements ; la percussion révèle de la matité.

Et l'on ne trouve habituellement rien d'autre, que parfois des nœvi ou autres taches vasculaires, ce qui n'a rien de *pathognomonique,* si l'on songe à la fréquence de ces angiomes superficiels.

La tumeur paraît avoir une marche progressive peu rapide, et dans le cas de Nové-Josserand seulement, les modifications dans le volume de la tumeur étaient rapides. Cependant, l'angiome caverneux n'a aucune tendance à la régression spontanée, et il tend perpétuellement à s'accroître. Nous savons, d'autre part, que les transformations les plus bénignes ne traduisent pas toujours d'une façon certaine le processus de guérison, puisque, dans l'observation dont nous avons pu nous procurer l'examen histologique, on peut voir évoluer de pair, ici le kyste isolé, là le vaisseau en voie d'organisation du caillot, et plus loin l'ectasie et la néoformation angiomateuse.

De plus, comme tout angiome, il peut se rompre, et Parker en a colligé 19 cas ; de par sa présence, il peut amener son porteur à l'hypochondrie. Siégeant au niveau du paquet vasculo-nerveux, il peut occasionner des troubles

mécaniques, et parmi ceux-ci des troubles dans la circulation de l'encéphale, comme dans le cas de Rœnig, des troubles douloureux comme en avait le malade d'Israël, ou des troubles phonétiques et respiratoires.

D'après les observations, que les auteurs n'ont malheureusement pas publiées avec tous les détails désirables, on a pu se rendre compte que les formes cliniques étaient peu variées. C'est toujours à la partie supérieure de la région latérale du cou que siège la tumeur ; ceci est intéressant parce que Delorme a signalé que les dilatations simples de la jugulaire siégeaient tout à fait à la partie inférieure.

CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC

L'étude de la symptomatologie nous autorise à conclure que le diagnostic des angiomes communiquant avec la jugulaire interne présente les plus grandes difficultés, et jamais aucun chirurgien ne le fit, si ce n'est pendant l'extirpation.

En effet, si nous compulsons les observations, nous voyons que le sujet de Reclus seul présentait les signes qui permettaient de faire le diagnostic d'angiome : érectilité, réductibilité, et surtout les modifications apportées dans la tension de la tumeur par la compression des gros vaisseaux du cou.

Pour faire le diagnostic d'angiome phlébogène, on se basera sur la congénitalité de la tumeur, apparue sans cause appréciable chez un enfant ou chez un adolescent. Il faudra rechercher attentivement la réductibilité, qui n'est souvent pas évidente, en comprimant pendant un temps assez long chaque point. Un interrogatoire minutieux pourra renseigner sur les modifications passagères ou durables dont le malade sera ainsi amené à se rappeler et l'on complètera la recherche de l'érectilité en faisant accomplir au malade un effort quelconque.

La palpation nous renseignera sur cette consistance mollasse spéciale, et surtout, nous ne saurions trop y insister, nous renseignera par la compression des gros vaisseaux et la modification apportée de ce fait dans le régime circulatoire de la tumeur, sur ses relations vasculaires, avec l'une ou l'autre des jugulaires, sans pouvoir autrement spécifier laquelle.

Mais, dans les observations qui ont été publiées par des maîtres de la chirurgie, tous ces signes manquaient, sauf le cas de Reclus, et l'on avait la symptomatologie de tumeurs kystiques, fluctuantes, mais pas franchement, de consistance molle, recouvertes d'une peau saine et n'ayant de remarquable que l'absence de tout caractère propre aux tumeurs érectiles (obs. Defiès). Il va de soi que le diagnostic d'angiome dans des cas semblables, où les signes physiques et les troubles fonctionnels n'ont aucun caractère spécifique, sera toujours des plus obscurs.

On pourra, comme l'a recommandé Lannelongue, chercher à provoquer l'érectilité de la tumeur en plaçant le sujet en position de Trendelenburg.

La ponction est encore un moyen de diagnostic différentiel des plus précieux. Si le liquide retiré est du sang pur, on contrôlera l'état des hématies au microscope ; leur intégrité indiquera une cavité en communication avec les vaisseaux sanguins ; sont-ils déformés, altérés, c'est sans doute une hémorragie accidentelle dans un kyste. Enfin, si le liquide est clair et limpide, avec des gouttelettes huileuses et graisseuses, il est probable que la tumeur est un lymphangiome. Cependant, ce mode d'investigation n'est qu'un pis-aller, car inoffensif dans les cas de kyste ou de lymphangiome, il peut devenir très ennuyeux par la continuité de l'hémorragie, qui se fait par la petite blessure dans les cas d'angiomes à larges connexions vasculaires.

En présence d'une tumeur kystique du cou, que l'on soupçonne d'être congénitale ou d'avoir débuté dans un temps rapproché de la naissance, il faut rechercher tous les signes physiques et tous les troubles fonctionnels des angiomes. Dans la majorité des cas d'angiomes profonds, ils suffiront à faire le diagnostic, mais l'on ne pourra préciser les rapports avec la jugulaire interne ou externe que pendant l'opération. Cependant, on devra penser à ceux-là chaque fois que les signes seront peu nets, et cela du fait de la profondeur de l'angiome recouvert et sanglé, la plupart du temps, par le sterno-mastoïdien.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT

Le traitement des angiomes communiquant avec la jugulaire interne est le même que celui des angiomes profonds du cou, dont ils ne constituent qu'une faible partie. Nous aurons donc, comme moyens thérapeutiques, l'extirpation, l'électrolyse, l'ignipuncture, et une dernière méthode toute nouvelle, toute récente, mais qui paraît avoir un grand avenir, la *radiumthérapie*.

Considérons d'abord cette dernière. Les radiations émises par le sulfate de radium paraissent avoir une action élective sur le tissu angiomateux. Wickham et Degrais, les promoteurs de la méthode, ont publié de très nombreux cas de guérison d'angiomes sous l'influence du radium. Il s'agissait le plus souvent d'angiomes cutanés. Mais les angiomes profonds sont aussi susceptibles d'être atteints par les rayons émis par les sels radifères. C'est ainsi que Dominici, Chéron et Barbarin publiaient à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, en mai 1910, l'observation d'un enfant guéri d'un hémolymphangiome profond du cou, après insinuation dans la tumeur d'un tube renfermant du sulfate de radium.

Cette méthode paraît évidemment la méthode de choix, surtout chez les enfants qui supportent très mal le shock opératoire, forcément très considérable du fait de l'hémorragie énorme signalée par tous les auteurs. Malheureusement, elle n'est point encore applicable partout et par tous. Les sels de radium, en raison de la difficulté que l'on a à les préparer, sont d'un prix de revient très élevé, et c'est avec la plus grande peine que l'on peut se les procurer. Aussi, la radiumthérapie restera-t-elle longtemps sans doute entre les mains de quelques privilégiés. En attendant que tous les hôpitaux possèdent leur tube de sels de radium, il faudra l'employer dans tous les cas où les conditions pécuniaires du sujet le permettront.

Le moyen le plus employé sera donc l'extirpation. L'opération sera conduite comme pour une tumeur du cou, en se donnant le plus de jour possible par la résection systématique du sterno-cléido-mastoïdien. Les divers temps de cette ablation, si bien réglée par M. le professeur Forgue (in thèse du docteur Fadat, Montpellier, 1910), ne subiront aucune modification. Cependant, dès que l'on s'apercevra des connexions vasculaires de la tumeur avec la jugulaire, on se hâtera de poser une ligature au-dessus et au-dessous du territoire reliant la veine à l'angiome. C'est, en effet, le seul moyen d'éviter l'hémorragie formidable qui causa la mort de la malade de Vincent et compliqua gravement toutes les autres interventions, notamment celle de Glück.

Au cours de l'extirpation, en raison des adhérences signalées, on court le risque d'être amené à lier la carotide, à sectionner le sympathique (Israël), et dans tous les cas on se souviendra des dangers dus à la proximité du pneumogastrique et du phrénique.

Mais il peut arriver que, malgré toutes les précautions

prises, la violence de l'hémorragie, ou bien encore l'étendue insolite de l'angiome, oblige à laisser en place une partie plus ou moins étendue de celui-ci. Pour détruire complètement ces débris de tumeur, foyers de récidives possibles, deux moyens restent à la disposition du chirurgien : l'électrolyse et l'ignipuncture. C'est donc seulement comme adjuvants du traitement opératoire, et non comme moyens de choix, que l'on pourra, dans les cas d'angiomes profonds, utiliser ces deux méthodes qui, dans les cas d'angiomes superficiels, passent au premier plan, et cela seulement dans les cas exceptionnels où l'extirpation totale est rendue impossible pour une des raisons signalées plus haut.

En résumé, de tous les moyens que la thérapeutique peut mettre en œuvre, la radiumthérapie paraît être le moyen de choix ; mais, en attendant qu'elle soit accessible à tous, l'angiectomie totale sera le plus souvent employée. Du fait de son efficacité et de l'avantage qu'elle présente sur les méthodes aveugles telles que l'ignipuncture et l'électrolyse, nous ne ferons même pas mention du procédé consistant à injecter dans la tumeur un liquide coagulant; elle sera seule employée. Il faut s'attendre à des difficultés opératoires, tenant surtout à l'hémorragie, et y remédier par une ligature de la jugulaire interne en amont et en aval. L'ignipuncture et l'électrolyse seront, dans les cas d'angiectomie partielle, des adjuvants utiles.

CHAPITRE VIII

CONCLUSIONS

1° Les angiomes communiquant avec la jugulaire interne sont des tumeurs excessivement rares, si l'on en juge par le petit nombre d'observations publiées à ce jour.

2° D'après nos observations, la tumeur se rencontre sous la forme de tumeur érectile diffuse ou de tumeur circonscrite.

3° Les transformations qu'elle peut subir au cours de l'évolution sont de plusieurs ordres : complications veineuses (anévrysmes angio-veineux, varices veineuses à distance), dégénérescences kystiques (kystes sanguins ou séreux), transformations communes à tous les angiomes profonds du cou.

4° Cette affection est congénitale et existe souvent avec d'autres angiomes superficiels. L'accroissement de la tumeur se fait quelquefois pendant l'enfance, plus souvent pendant l'adolescence, après la puberté.

Le sexe masculin semblerait devoir être plus atteint, en

raison de l'influence de l'effort comme facteur d'accroissement.

5° C'est la portion supérieure de la jugulaire qui en est le plus souvent le siège.

6° Les troubles fonctionnels sont nuls ou peu marqués ; les signes physiques de l'angiome profond manquent dans presque toutes les observations que nous rapportons.

7° Le diagnostic d'angiome profond est possible généralement, mais toujours très délicat, et c'est au cours de l'extirpation seulement que le chirurgien pourra faire celui d'angiome communiquant avec la jugulaire interne.

8° La radiumthérapie est d'une efficacité sûre et c'est là une méthode de choix dans le traitement de tous les angiomes superficiels et profonds. Malheureusement, son prix de revient ne permet pas de généraliser son emploi. A son défaut, c'est à l'extirpation que l'on recourra, l'ignipuncture et l'électrolyse restant des adjuvants utiles au cas d'ablation chirurgicale incomplète.

BIBLIOGRAPHIE

Andral. — Précis d'anatomie pathologique. Paris, 1829, tome II, p. 401.

Béclard. — Dictionnaire, art. « Tissu érectile », tome XII, p. 210.

Bœckel. — Tumeurs érectiles, in Dict. de Jaccoud, t. XIII, p. 730.

— Extirpation des tumeurs profondes du cou. Bulletin gén. de thérapeutique, 1879, pages 289 et 301.

Broca. — Traité des tumeurs, tome II, p. 160.

Chiarugi. — Tumeurs congénitales du cou. Archives italiennes, II, 1885.

Cornil et Ranvier. — Angiomes. Manuel d'Histologie, p. 284.

Dominici, Chéron et Barbarin. — Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 6 mai 1910.

Dolbeau. — Grenouillette sanguine. Union Méd., 1857, n° 117.

Dupire. — Thèse de Lille, 1907.

Duplay. — Archives génér. de Méd., 1875.

Eisenreiter. — Thèse Munich, 1894.

Esmarch-Virchow. — Archives, tome IV, p. 53.

Fadat. — Thèse de Montpellier, 1910.

Follin. — Traité élémentaire de path. ext., tome I, p. 204.
Gunther. — Deutsch. zeit. für chir., 1877.
Koch. — Archiv. für Klin. chirur., vol. XX, p. 651.
Lannelongue et Ménard. — Traité des affections congénitales, t. I, p. 644.
Martin (H.). — Société Anatomique, 1873.
Mathez. — Contribution à l'étude des angiomes sous-cutanés. Thèse Paris, 1894.
Mermet et Lacour. — Fibromes angiomateux traumatiques des doigts. Soc. anatom., 1896.
Monod. — Thèse Paris, 1873.
Nové-Josserand. — Bulletin de la Société chirurgicale de Lyon, 1904.
Porta. — Dei Angiectasia. Milano, 1861.
Piliet. — Soc. Anat., 1894.
Reclus. — Angiome caverneux communiquant avec la jugulaire interne. Société de Chirurgie de Paris, 1882.
Santa-Maria. — Grenouillette sanguine, Paris 1898, numéro 230
Veau. — Epithélioma branchial du cou. Thèse, Paris 1901.
Veillet — Tumeurs érectiles des bourgeons charnus Thèse Paris, 1895.
Vialleton. — Montpellier Médical, 1908.
Virchow. — Pathologie des tumeur, t. II, p. 1, traduction Arrhonson.
Vivent. — Thèse Paris, 1894.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 20 juillet 1911.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 20 juillet 1911.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !